Ministerie van Buitenlandse Zaken

# Scorecard WHO

| | |
|---|---|
| Datum | 19 juni 2015 |
| SCORECARD | World Health Organization (WHO) |
| Opgesteld door | Directie Multilaterale Instellingen en Mensenrechten<br>Afdeling Sociale en Economische VN Zaken<br>T- +31 (0)70 – 348 5832 |

# Inhoudsopgave

# 1 Inleiding

Scorecards worden opgesteld om het functioneren en de beleidsrelevantie van multilaterale organisaties in kaart te brengen. De Nederlandse inzet in multilaterale organisaties wordt geconcentreerd op organisaties die relevant zijn voor het Nederlandse beleid en die effectief zijn, dan wel een sleutelrol vervullen binnen de multilaterale architectuur als “systeemorganisatie”. Dit vraagt om zorgvuldige en regelmatige toetsing. Het streven is om scorecards op te stellen voor de VN Fondsen en Programma’s, de Internationale Financiële Instellingen, de voor Nederlands BHOS-beleid relevante gespecialiseerde VN-organisaties en kantoren, en de majeure wereldwijde fondsen; multilaterale organisaties waaraan Nederland een substantiële ODA-bijdrage levert. De relevantie wordt primair getoetst aan het Nederlandse beleid voor Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking, maar de bredere betekenis van multilaterale instellingen voor andere aspecten van Nederlands beleid wordt waar relevant meegenomen.

Elke scorecard geeft een overzicht van de doelstellingen, het mandaat en de kernkwaliteiten van de betreffende internationale instelling, van de wijze waarop de organisatie is ingericht en welke activiteiten ze uitvoert, van de financiële omvang en de Nederlandse bijdragen. Op basis van een analyse van de verschillende deelaspecten wordt een appreciatie gegeven van de organisatorische effectiviteit en van de relevantie voor en de impact op de Nederlandse beleidsdoelstellingen. Er wordt een appreciatie gegeven van de mate waarin organisaties voor het Nederlandse BHOS-beleid relevante resultaten behalen. Deelaspecten van effectiviteit worden beoordeeld op basis van specifieke criteria en gescoord op een vierpuntsschaal van onvoldoende, matig, voldoende en goed. Daarnaast wordt een “verwachting voor positieve verandering” gegeven. Beleidsmatige relevantie en impact (resultaten) worden aangeduid met de kwalificaties relevant, beperkt relevant en niet relevant. Een samenvatting van al deze scores is te vinden in de tabellen in hoofdstuk 5.

De scorecards zijn samengesteld op basis van rapportages van de organisatie zelf, van de *Board of Auditors*, interne en externe evaluaties, beoordelingen door andere donoren en van het *Multilateral Organisations Performance Assessment Network* (MOPAN)[1]. Daarnaast wordt om de input gevraagd van betrokken vakdepartementen, de Permanente Vertegenwoordigingen en Kiesgroepkantoren. Ook informatie van ambassades over het functioneren van landenkantoren van multilaterale instellingen zijn in de scorecard verwerkt. De scorecards worden iedere twee jaar geactualiseerd.

[1] Binnen MOPAN evalueert Nederland samen met 18 gelijkgezinde landen het functioneren van VN organisaties en Internationale Financiële Instellingen. Vanaf 2015 worden, per keer, in een tweejaarlijkse cyclus, ongeveer 13 organisaties doorgelicht op organisatorisch functioneren en ontwikkelingseffectiviteit.

# 2 Algemene achtergrond

## 2.1 Doelstelling en toegevoegde waarde

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is op 7 april 1948 opgericht als één van de eerste gespecialiseerde organisaties van de Verenigde Naties (VN). Het mandaat van de WHO is vastgelegd in artikel 1 van de constitutie: ‘het bereiken van het hoogst mogelijke niveau van gezondheid voor alle mensen.’ Bewust is hierbij voor een brede, niet alleen medische definitie van gezondheid gekozen waardoor niet alleen naar de afwezigheid van ziekten wordt gekeken maar ook naar de complete fysieke, mentale en sociale staat van de mens.
Het mandaat is in belangrijke mate gericht op het vaststellen van normen en standaarden, het monitoren van de wereldwijde gezondheidssituatie, het adviseren en assisteren van de lidstaten betreffende gezondheidsbeleid (inclusief zorg), vaststellen van de mondiale onderzoekagenda en het coördineren van humanitaire hulp op het gebied van gezondheidszorg. Het normerende en coördinerende karakter van de organisatie voert de boventoon. De WHO is niet operationeel.

## 2.2 Organisatie, werkwijze en activiteiten

De WHO is een gespecialiseerde organisatie van de VN met 194 lidstaten en twee geassocieerde leden (Puerto Rico en Tokelau). De lidstaten vormen gezamenlijk het hoogste orgaan van de organisatie, de World Health Assembly (WHA). De WHA, bestaande uit alle Ministers van Gezondheid van de lidstaten, komt eenmaal per jaar bijeen. Naast de lidstaten zijn er zeven observatoren, waaronder het Vaticaan, de Palestijnse Autoriteit en Taiwan. Daarnaast is er tweemaal per jaar een Uitvoerende Raad bestaande uit 34 leden. Deze leden worden regionaal gekozen voor een periode van drie jaar. Uit de Uitvoerende Raad worden 14 leden (met regionale spreiding) gekozen voor het *Programme, Budget and Administration Committee* (PBAC). De PBAC functioneert als belangrijkste adviescomité van de Uitvoerende Raad.
De WHO wordt thans, voor een tweede termijn, geleid door de Directeur-Generaal (DG) Dr. Margaret Chan (van Chinese afkomst), bijgestaan door zeven assistent-DG’s. De organisatie heeft 7.166 medewerkers in dienst, bestaande uit artsen, epidemiologen, wetenschappers, managers, andere professionals en administratieve medewerkers. De WHO beschikt over een hoofdkantoor in Genève, zes regionale kantoren en 147 lokale kantoren. Het hoofdkantoor voorziet in de functie van een intergouvernementeel forum en monitort de wereldwijde gezondheidssituatie. De zes regionale kantoren, met ieder een eigen bestuursorgaan (Regionaal Comité) ondersteunen en monitoren de landenkantoren en voeren regionale programma’s uit. Het netwerk van landenkantoren bevindt zich vooral in lage- en middeninkomenslanden: zij assisteren nationale overheden bij de vertaling van mondiale normen en beleidsadviezen naar de specifieke omstandigheden in die landen. Het Europese regiokantoor is in Kopenhagen gevestigd.
De WHO houdt zich voornamelijk bezig met beleidsnormering en standaardisering op mondiaal niveau en advisering daarover richting nationale overheden op het gebied van alle gezondheidsthema’s.
De inkomsten van de WHO bestaan uit core (verplicht en vrijwillig) en non-core bijdragen. Non-core bijdragen focussen zich op de specifieke prioriteiten van de verschillende donoren maar dragen weinig bij aan de brede gezondheidsagenda van de WHO alsook de vaste uitgaven van de organisatie.
In 2010 is onder DG Chan een grootschalig hervormingsproces ingezet. De hervorming richt zich op: de bestuursstructuur, de programmatische prioriteitstelling en management van de organisatie inclusief hervorming van de financieringsstructuur. Deze hervormingen zouden in 2014 zijn afgerond maar zijn

momenteel nog niet volledig doorgevoerd. De WHO onderschrijft de VN-hervormingen zoals *Quadrennial Comprehensive Policy Review* (QCPR) en heeft zich verbonden aan *Delivering as One*. Wat in de praktijk lastig blijkt is dat de horizontale VN-hervormingen op landenniveau en de interne verticale reorganisatie van WHO niet altijd parallel lopen. Daarbij is de voortgang traag als gevolg van de organisatiestructuur. De uitbraak van Ebola in West Afrika heeft diverse problemen in het functioneren van de WHO scherp bloot gelegd. Op deze wijze heeft de Ebola crisis ervoor gezorgd dat de verschillende hervormingen binnen de WHO opnieuw hoog op de agenda zijn gekomen.

## 2.3 Nederlandse rol en invloed

Nederland is, zoals alle lidstaten van de WHO, vertegenwoordigd in het hoogste besluitvormende orgaan van de organisatie, de *World Health Assembly* (WHA). Bij het deelnemen aan de WHA (en aan de Uitvoerende Raad) wordt Den Haag ondersteund door de Nederlandse Permanente Vertegenwoordiging in Genève. Nederland is momenteel geen lid van de Uitvoerende Raad (34 leden) van de WHO, maar heeft een waarnemersstatus. Waarnemers kunnen spreekrecht krijgen en agendaonderwerpen en resoluties indienen. Standpunten worden zoveel als mogelijk binnen de EU en soms binnen de EURO groep (op basis van de geografische dekking van het Europese regionale kantoor) en binnen de Western European and Others Group (WEOG) afgestemd. Op sommige specifieke gezondheidsthema's speelt Nederland een belangrijke rol (niet-overdraagbare ziekten, vrouwen en gezondheid, SRGR, health security, antimicrobiële resistentie en recentelijk Ebola).
Elk jaar wordt een derde van de leden van de Raad vervangen. De WHA kiest de leden op basis van een voorselectie door de zes regio's van de WHO. Nederland is van 1997-2000 voor het laatst lid geweest van de Uitvoerende Raad en heeft zich in maart 2015 kandidaat gesteld voor de Uitvoerende Raad van de WHO voor een periode van drie jaar (2016-2019). De EURO regio zal in september 2015 een nieuwe kandidaat voor de Uitvoerende Raad aandragen.
Nederland heeft een specifiek samenwerkingsprogramma met de WHO. Het huidige programma loopt van 2014 tot en met 2017. De WHO haalt haar kennis voor een belangrijk deel uit zogenaamde Collaborating Centres, waarvan er 18 in Nederland zitten (de helft hiervan is ondergebracht bij het RIVM). In totaal zijn er ruim 700 WHO Collaborating Centres in meer dan 80 landen.
Met 37 Nederlanders werkzaam bij de WHO op het niveau van professional (29) en directeur (8) is Nederland sterk overgerepresenteerd bij de WHO.

## 2.4 Financiële omvang en bijdragen

In 2013 is door de WHA het tweejaarlijks programmabudget voor 2014-2015 vastgesteld. Het totale budget voor twee jaar bedraagt 3,977 miljard US dollar. WHO's inkomsten komen uit verplichte contributies (23% = USD 929 miljoen) en vrijwillige bijdragen (77% = USD 3,048 miljard). Dit betekent dat een groot deel van de in het programmabudget goedgekeurde uitgaven afhangen van vrijwillige bijdragen. De vaste contributies worden vooral gebruikt ter dekking van de vaste (personeels-)kosten. De grote afhankelijkheid van vrijwillige bijdragen wordt gezien als een van de problemen voor het optimaal functioneren van de WHO.
De begroting van de WHO voor het biennium 2012-2013 bedroeg USD 4 miljard en was aan het eind van het biennium voor 4.210 miljoen USD gefinancierd. De inkomsten van de WHO worden gevormd door verplichte en vrijwillige bijdragen van alle lidstaten, andere VN organisaties (onder andere UNDP), multilaterale fondsen (bijvoorbeeld GAVI) en filantropische organisaties (zoals de Bill and Melinda Gates Foundation en Rotary). Vanwege bezuinigingen verliest Nederland de laatste jaren terrein als belangrijke WHO-donor. In het biennium 2012-2013 bestond de bijdrage uit 1.170 miljoen USD (28%) verplichte bijdragen en andere flexibele fondsen en 3.040 miljoen USD (72%) geoormerkte financiering. Van alle verplichte bijdragen

betaalt Nederland een percentage van 1.65%. Tijdens de WHA in mei 2015 is een budgetverhoging van 8% voor het biennium 2016-2017. Deze budgetverhoging wordt geheel gefinancierd door middel van vrijwillige bijdragen.
In 2014 is een nieuw samenwerkingsprogramma ingegaan tussen de Ministerie van Buitenlandse Zaken en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de WHO voor de periode 2014-2017. Het vorige vierjarige partnerschap is positief geëvalueerd.
De totale Nederlandse bijdrage aan de WHO in 2014 bedroeg in totaal EUR 21,4 miljoen bestaande uit EUR 15,5 miljoen vrijwillige BZ-bijdragen, EUR 5,9 miljoen verplichte BZ-bijdragen en EUR 3,2 miljoen vrijwillige VWS-bijdragen. De overkoepelende thema's hierbinnen zijn preventie, gezondheidssystemen en onderzoek. Hierbinnen hebben BZ en VWS afzonderlijke afspraken gemaakt met de WHO over de inzet van de middelen. BZ geeft haar bijdrage deels ongeoormerkt en deels geoormerkt (onder andere door bijdragen aan de speciale programma's voor water en sanitatie en voor SRGR). VWS oormerkt vrijwel de gehele bijdrage aan bijvoorbeeld Antimicrobiële Resistentie (AMR), voedselveiligheid en genees- en hulpmiddelen.

Financieel Overzicht (bedragen in USD miljoen)

| | **Inkomsten** | | | | **Uitgaven** |
|---|---|---|---|---|---|
| *Jaar* | *Verplichte bijdragen* | *Vrijwillige bijdragen* | | *Totaal* | *Totaal* |
| | | *Geoormerkt* | *Niet-geoormerkt* | | |
| 2010/2011 | 0.945 | 2.65 | 0.250 | 3.9 | 3.8 |
| 2012/2013 | 0.945 | 2.75 | 0.250 | 4.0 | 4.0 |
| 2014/2015 | 0.929 | Nog niet bekend | Nog niet bekend | 3.7* | Nog niet bekend |

*In november 2014 is USD 572 miljoen toegevoegd aan het budget voor *Outbreak and crisis response*. Dit is niet meegenomen in het financiële overzicht hierboven.

Overzicht bijdragen en ranking grootste donoren (bedragen in USD miljoen)

| *Jaar* | *Bijdrage* | *Ranking/donor* | *Bedrag* |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 2010-2011 | Core-bijdrage | 1. Verenigde Staten | 218,8 |
| | | 2. Japan | 135,4 |
| | | **11. Nederland** | **17,3** |
| | Non-core-bijdragen | 1. Verenigde Staten | 438,3 |
| | | 2. Verenigd Koninkrijk | 289,0 |
| | | **7. Nederland** | **46,3** |
| | Totaal bijdrage | 1. Verenigde Staten | 657,1 |
| | | 2. Verenigd Koninkrijk | 350,5 |
| | | **9. Nederland** | **63,6** |
| | | | |
| 2012-2013 | Core-bijdrage | 1. Verenigde Staten | 219,8 |
| | | 2. Japan | 116,4 |
| | | **9. Nederland** | **17,2** |
| | Non-core-bijdragen | 1. Verenigde Staten | 394,7 |
| | | 2. Verenigd Koninkrijk | 387,0 |
| | | **10. Nederland** | **48,1** |
| | Totaal bijdrage | 1. Verenigde Staten | 614,4 |
| | | 2. Verenigd Koninkrijk | 448,4 |
| | | **9. Nederland** | **65,3** |

| Jaar | Bijdrage | Ranking/donor | Bedrag |
|---|---|---|---|
| | | | |
| 2014 | Core-bijdrage (Assessed Contributions) | 1. Verenigde Staten | 115,1 |
| | | 2. Japan | 50,3 |
| | | **10. Nederland** | **7,7** |
| | Non-core-bijdragen | 1. Verenigde Staten | 300,7 |
| | | 2. Verenigd Koninkrijk | 155,1 |
| | | **11. Nederland** | **31,8** |
| | Totaal bijdrage | 1. Verenigde Staten | 415,8 |
| | | 2. Verenigd Koninkrijk | 179,2 |
| | | **11. Nederland** | **39,5** |

Overzicht bijdragen en ranking grootste niet-lidstaat donoren (in USD miljoen)

| Jaar | Bijdrage | Ranking/donor | Bedrag |
|---|---|---|---|
| 2014 | Vrijwillige bijdrage (geoormerkt) | 1. Bill & Melinda Gates | 257,3 |
| | | 2. GAVI Alliance | 127,8 |
| | | 3. Rotary International | 66,5 |
| | | 4. Europese Commissie | 58,8 |
| | | 5. UNDP | 56,5 |

# 3 Institutionele aspecten en functioneren van de organisatie

## 3.1 Strategie en focus

De WHO is dé mondiale normerende gezondheidsorganisatie. Het normerende werk van de WHO bestrijkt een breed terrein van infectieziektenbestrijding tot chronische ziekten en van drinkwaterkwaliteit tot crisisbeheersing bij grensoverschrijdende gezondheidscrises. Het MOPAN rapport (2013) ziet WHO's organisatie-brede strategie gebaseerd op een helder mandaat als een van de sterke punten van de organisatie. Het twaalfde algemene werkplan 2014-2019 beschrijft de strategische visie van de organisatie voor de komende zes jaar. De WHO heeft naar aanleiding van het verzoek van de lidstaten om heldere prioriteitenstelling zes 'leiderschapsprioriteiten' gekozen om richting en visie te geven aan de uitvoering van het werk. Deze prioriteiten zijn:

- bevorderen van universele gezondheidsdekking
- gezondheid-gerelateerde millenniumdoelen;
- niet-besmettelijke ziekten;
- uitvoeren van de *International Health Regulations*;
- toegang tot betaalbare geneesmiddelen;
- sociaaleconomische factoren.

Belangrijk hierbij zijn effectiever bestuur door de lidstaten en een coördinerende rol voor de WHO in internationaal gezondheidsbeleid. Daarnaast is op basis van vijf programmatische categorieën (besmettelijke ziekten, niet-besmettelijke ziekten, gezondheid gedurende de hele levenscyclus, gezondheidssystemen en monitoring & respons) en één bestuurlijke categorie een resultatenraamwerk opgesteld waarvoor de WHO verantwoordelijk is. Op basis van het algemene werkplan stelt de WHO eens per twee jaar een programmabudget op. Een overgroot deel van het budget gaat naar lagere inkomenslanden en lagere middeninkomenslanden.
De WHO moet voor alle landen relevant zijn en is in principe geen ontwikkelings- of uitvoerende organisatie. Gezien de grote hoeveelheid prioriteiten die binnen het brede mandaat van 'gezondheid voor allen' vallen is het belangrijk dat de WHO duidelijke prioriteiten stelt. Lidstaten moeten vervolgens bereid zijn de gestelde prioriteiten te financieren. In de afgelopen jaren is er veel aandacht voor internationale gezondheid gekomen en binnen het internationale gezondheidsbeleid zijn er vele grote spelers actief. Na aanleiding van de Ebola uitbraak zijn veel kritische kanttekeningen geplaatst bij het functioneren van de WHO. Door middel van een *interim assessment* van de WHO respons en een VN-brede evaluatie van de Ebola respons wordt dit verder geconcretiseerd.

Beoordeling: Goed = 4

## 3.2 Resultaatsturing

Het twaalfde algemene werkplan 2014-2019 committeert de WHO om het *results based planning* (RBM) en *performance measurement* te verbeteren. Ondanks het feit dat de organisatie stappen heeft gezet om de kwaliteit van het RBM te verbeteren, is het bewijs nog gelimiteerd en is het onduidelijk of de organisatie vooruitgang maakt met organisatie-brede resultaten en de doelen op landenniveau.
De WHO is ook van plan om een *results based* budgetteringssysteem in te voeren als onderdeel van het hervormingsproces. Een belangrijk proces aangezien de huidige WHO rapportages nog geen koppeling weergeven tussen budgetallocatie, uitgaven en verwachte resultaten.
De toewijzing van middelen aan de beleidsprioriteiten is nog steeds een groot verbeterpunt voor de WHO. Financiële middelen worden op een niet-transparante maar standaard manier toegewezen aan landen in plaats van op basis van te

behalen resultaten. Daarnaast zorgen geoormerkte fondsen van publieke en private donoren ervoor dat de organisatie geen brede financiële basis heeft om autonoom te kunnen opereren. De nadruk wordt gelegd op opgelegde prioriteiten, zoals het initiatief om polio op korte termijn uit te roeien.
De WHO heeft zich nog niet gecommitteerd aan het *International Aid Transparency Initiative* (IATI) en de organisatie is dus niet opgenomen in de *Aid Transparancy Index 2014*.

Beoordeling: Matig = 2
Verwachting voor positieve verandering: waarschijnlijk = ↑

### 3.3 Partnerschappen

WHO werkt nauw samen met verschillende VN-organisaties (UNFPA, UNICEF, UN Women) en de Wereldbank op zowel strategisch als op landenniveau onder andere op het gebied van seksuele reproductieve gezondheid en rechten (bijvoorbeeld via H4+). Ook is er samenwerking met de FAO, OCHA, UNDP en UNEP, verschillende publiek-private partnerschappen (Bill and Melinda Gates Foundation, GAVI en GFATM) en vele NGO's. Samen met de WB coördineert de WHO het *International Health Partnership*. De WHO is een van de 11 cosponsors van UNAIDS.
Zowel MOPAN (2013), de Britse *Multilateral Aid Review* (2013), als ervaringen van Nederlandse ambassades stellen dat de WHO over het algemeen als leider in de gezondheidssector goed en nauw samen werkt met nationale overheden (voornamelijk ministerie van Gezondheid) en met wisselend succes met NGO's en andere lokale partners. De werkverdeling met andere organisaties is in de meeste landen goed. Door over het algemeen niet als donor te fungeren behoudt de WHO een zuivere rol gericht op het ondersteunen van partners op het technische vlak.
De WHO maakt adequaat gebruik van landensystemen en uitbetalingen worden opgenomen in nationale budgeten zodat wordt voorkomen dat er parallelle structuren ontstaan. Verder geven WHO's belanghebbenden aan dat de organisatie positief bijdraagt aan de beleidsdialoog met respect voor de mening van partners. Een uitdaging voor de WHO is de versterking van de institutionele capaciteit van partners. Wel werkt de organisatie via lokale gezondheidsnetwerken voor het uitrollen van inentingsprogramma's.
Een netwerk samengesteld uit meer dan 800 zogenaamde 'WHO-samenwerkende centra' verzekert de WHO van input van de beste wetenschappelijke instituten ter wereld. Door deze organisatievorm kan de WHO bij uitstek worden gezien als mondiaal kenniscentrum voor gezondheidsbeleid. Tegelijkertijd kunnen de huidige noodzakelijke bezuinigingen, met als gevolg daarvan een krimpende organisatie met een nog altijd brede agenda, leiden tot kwaliteitsverlies. Het gebruik van normen wordt op ad hoc basis gemonitord via een systeem van rapportages.
De WHO werkt nauw samen met NGO's, kennisinstellingen en in sommige gevallen bedrijven. Goed voorbeeld hiervan is de samenwerking op het terrein van griepvirus uitwisseling. Op verzoek van de lidstaten probeert de WHO de spelregels voor zogenaamde "*engagement with Non State Actors*" samenhangend in beeld te brengen en aan te scherpen. Dit proces verloopt moeizaam omdat de lidstaten het tot op heden niet eens worden. Vooral samenwerking met het bedrijfsleven ligt daarbij gevoelig. Deze onenigheid tussen de lidstaten maakt het voor de WHO moeilijk om nieuwe partnerschappen aan te gaan.

Beoordeling: Voldoende = 3
Verwachting voor positieve verandering: neutraal = ➔

### 3.4 Effectiviteit bestuurs- en beheersorganen

De WHO heeft moeite om helder te maken wat de vooruitgang is ten aanzien van organisatie-brede resultaten en de bijdrage van de organisatie aan doelen en

prioriteiten op landenniveau, inclusief relevante Millenniumdoelen. De WHO is nog steeds bezig met een hervormingsproces ter verbetering van de effectiviteit van de organisatie. Daarbij wordt gekeken naar de bestuurs- en de beheersorganen. De complexiteit van de organisatie als geheel, met drie lagen beheersorganen (het Secretariaat in Geneve, de regionale kantoren en de landenkantoren) en bestuursorganen zoals de WHA, EB, PBAC en Regionale Comités, maakt het erg lastig voor de WHO als geheel om coherent en consistent te presteren.
Het MOPAN rapport (2013) bevestigt dat de procedures gedecentraliseerd zijn, en dat landenkantoren een bepaalde mate van autonomie hebben. Ondanks het feit dat het hervormingsproces ten doel heeft om rollen en functies op landen-, regio-, en mondiaal niveau te verduidelijken, heeft de Ebola uitbraak laten zien dat de organisatie moeite heeft in dit soort situaties effectief te opereren. Naast structurele tekortkomingen binnen het Afrikaanse regionale kantoor, liep de WHO aan tegen het feit dat de organisatie de uitbraak niet onder controle kon houden. Vanwege de relatieve autonomie van de regionale kantoren was de DG niet bij machte om het regionale kantoor bij te sturen. De landenkantoren in de drie getroffen landen waren daarnaast onvoldoende geëquipeerd om adequaat te handelen. Door middel van de Ebola resolutie (2015) worden een aantal concrete oplossingen uitgewerkt waaronder een *Contingency Fund* en *Global Health Emergency Workforce*.
Als afsluiting van het biennium 2012-2013, gaf het PBAC comité aan dat het functioneren van het Secretariaat van de WHO onvoldoende geëvalueerd is. In het volgende biennium 2014-2015 zou meer nadruk moeten liggen op een gedetailleerde analyse van elk resultaat in het programmabudget gekoppeld aan de financiële informatie, een betere omschrijving van de resultaten die kunnen worden toegeschreven aan het Secretariaat en versterking van het proces van kwaliteitsbewaking.
Het interne audit rapport gaf verder zwaktes aan bij de landenkantoren zoals integriteit van management informatie, de toepassing van WHO regels en efficiënt gebruik van middelen.

Beoordeling: Matig = 2
Verwachting voor positieve verandering: waarschijnlijk = ↑

## 3.5 Beleidsevaluatie

De WHO beschouwt het verbeteren van evaluatie en het vormen van een interne cultuur van een lerende organisatie als een cruciaal onderdeel van het hervormingsproces. Voorheen gebruikte de WHO vier evaluatiediensten: *the Office of Internal Oversight Services* (IOS); *the External Auditor*; *the Independent Expert Oversight Advisory Committee* (opgericht in 2010); en de *Joint Inspection Unit*. In augustus 2014 is de evaluatiefunctie een separate eenheid geworden onder de Directeur Generaal (in plaats van binnen IOS) om op die manier zorg te dragen voor onafhankelijke evaluaties.
Ondanks het feit dat de WHO een onafhankelijke evaluatie eenheid heeft en in het kader van de hervormingen in 2012 een formeel evaluatiebeleid heeft ontwikkeld, moet de kwaliteit van evaluaties verder verbeterd worden en het aantal evaluaties uitgebreid. De WHO zou verder de terugkoppeling van de geleerde lessen kunnen verbeteren zodat er meer openheid en duidelijkheid is hoe deze lessen de programmering door de organisatie verbeterd hebben. Daarnaast is er een tekort aan fondsen en getrainde lokale medewerkers. Gezamenlijke evaluaties met partners worden gezien als een positieve ontwikkeling.
Een aantal positieve ontwikkelingen, waaronder een eerste werkplan voor het biennium, harmonisatie van het werk op het gebied van evaluaties en publicatie van een WHO evaluatiehandboek, heeft de afgelopen twee jaar voor een positieve trend gezorgd met duidelijke verbeterplannen en openheid richting de Uitvoerende Raad.

De WHO is lid van de *United Nations Evaluation Group* (UNEG) en neemt deel aan de Uitvoerende Groep en de verschillende taakgroepen.

Beoordeling: Matig = 2
Verwachting voor positieve verandering: waarschijnlijk = ↑

## 3.6 Personeelsbeleid

In januari 2014 is het herziende personeelsbeleid aangenomen. De drie pilaren van de strategie zijn het aantrekken van talent, het vasthouden van talent en een verbeterde werkomgeving. De vier dwarsdoorsnijdende principes zijn genderbalans, diversiteit, samenwerking en aansprakelijkheid.
Hoewel de WHO processen en regels op het gebied van personeelsmanagement en loopbaanbeleid heeft vastgelegd in de personeelsstrategie 2011-2015, blijkt dat de eerste fase van de strategie nu pas wordt uitgewerkt (2013-2015). De tweede fase (uitvoering, monitoring en evaluatie) zal plaatsvinden in de periode 2016-2020. Onder de eerste fase is een aantal maatregelen genomen om een flexibelere en relevantere organisatie te worden. De transparantie van de uitvoering van de personeelsstrategie kan zeker verbeterd worden. Stappen worden genomen ter bevordering van de gender- en geografische balans van medewerkers in de organisatie.
De meerderheid van het WHO-personeel is aangesteld met lange termijn contracten hoewel de WHO voor 72% van de financiering afhankelijk van onzekere vrijwillige bijdragen. Dit contrast is problematisch, zeker omdat een groot deel van het budget opgaat aan stafkosten. De salarissen en secundaire arbeidsvoorwaarden van WHO medewerkers zijn VN-breed vastgelegd.
Het personeelsbestand is de afgelopen jaren verkleind en de WHO wil toe naar een flexibel inzetbare kern van vaste staf en een uitgebreid netwerk van consultants/ korte contractanten om de flexibiliteit en effectiviteit van de organisatie te verbeteren. Mobiliteit binnen de WHO en tussen andere VN-organisaties moet gestimuleerd worden maar een strategie daartoe is nog niet voldoende uitgewerkt. Er zijn recente verbeteringen in competitiviteit, objectiviteit en transparantie bij de rekrutering en doorstroom van personeel maar er is geen geharmoniseerd aannamebeleid. Ook moet er aandacht blijven voor behoud van goede geografische vertegenwoordiging en gendergelijkheid. De kwaliteit van het personeel is goed. Er werken relatief veel professionals, vooral artsen.
In augustus 2014 is een nieuw organisatorisch raamwerk geïntroduceerd om zorg te dragen voor het bijleren en zichzelf ontwikkelen van medewerkers als onderdeel van het carrière ontwikkelingsproces.
Een herzien *Performance Management and Development* systeem zorgt voor het vastleggen van het functioneren van WHO-medewerkers en wordt sinds begin 2015 ingevoerd. De vernieuwing zorgt ervoor dat er een betere link is tussen de beoordeling en mogelijke consequenties.
Ook op het gebied van mobiliteit zijn duidelijke stappen gezet waarbij de functionele en geografische mobiliteit van lokaal gerekruteerde en internationale WHO-medewerkers gestimuleerd wordt.

Beoordeling: Voldoende = 3
Verwachting voor positieve verandering: waarschijnlijk = ↑

## 3.7 Financieel beheer

Het MOPAN rapport (2013) beschrijft de systemen en procedures voor externe en interne audits als zeer gedetailleerd en ziet bewijs dat het beleid wordt uitgevoerd. Financiële verantwoordelijkheid wordt daarom gezien als een van WHO's sterke punten.

De financiële positie van de WHO blijft echter kwetsbaar. De WHO is afhankelijk van 20 donoren voor 80% van alle vrijwillige bijdragen. De verhouding geoormerkte/niet-geoormerkte bijdragen is scheef en de ongeoormerkte bijdragen waren flink lager dan gebudgetteerd. De flexibele vrijwillige bijdragen waren maar 8% van de totale vrijwillige contributies in het biennium.
Om concrete resultaten te kunnen behalen is de voorspelbaarheid van fondsen voor de WHO uitermate belangrijk. Daarom is het noodzakelijk dat de financiële toezeggingen aansluiten bij het algemene werkplan 2014-2019. Veel donoren betalen hun vrijwillige bijdragen laat in het jaar. Dit schept onzekerheid voor WHO's liquiditeitspositie.
Het programmabudget 2014-2015 en de twaalde *General Programme of Work* zijn goed op elkaar afgestemd, realistisch, *results based* en op basis van heldere prioriteiten opgesteld. Belangrijk uitgangspunt is dat het programma een realistisch budget heeft.
In 2013 is de financiële dialoog gestart tussen de WHO en de lidstaten. Deze heeft als doel de voorspelbaarheid, flexibiliteit en transparantie te vergroten en het aantal donoren uit te breiden. Dit overleg vindt plaats op het niveau van het hoofdkantoor in Geneve en de regionale kantoren. Lidstaten zullen voor het eerst het gehele programmabudget (dus zowel de verplichte als vrijwillige bijdragen) goedkeuren en monitoren. Een webportal is opgezet voor donoren met open toegang tot resultaten en andere programmatische, budgettaire en financiële informatie.
Daarnaast gaat de organisatie een andere methodologie toepassen voor het toewijzen van financiële middelen van het programmabudget 2015-2016 waarbij gebruikt wordt gemaakt van een robuuste, bottom-up planning, realistische kostenberekening van output en duidelijkheid over rollen en verantwoordelijkheden in de drie lagen van de organisatie.
Om algemene administratieve en management kosten te dekken rekent de WHO een *programme support charge* van gemiddeld 7% en een *post occupancy charge* van 8,5%. Het totaal is onvoldoende om de algemene kosten mee te dekken. De WHO is zich ervan bewust dat hierdoor subsidiëring van algemene kosten van geoormerkte programma's ten laste van de ongeoormerkte vrijwillige bijdragen voorkomt. De geoormerkte financiële bijdrage van de *Bill and Melinda Gates Foundation* wordt gewaardeerd maar drukt daardoor ook zwaar op de begroting van de WHO.
De interne en externe audit functies zijn de afgelopen jaren verbeterd en *International Public Sector Accounting Standards* (IPSAS) worden toegepast bij het opstellen van de financiële overzichten. Het in 2010 opgerichte *Independent Expert Oversight Advisory Committee* (IEOAC) functioneert goed. Er blijft het nodige te doen op het gebied van juistheid en betrouwbaarheid van financiële informatie, *safeguarding assets*, interne controle, nakoming van regels en efficiëntie om het financieel beheer op orde te krijgen en te houden. Enkele landenkantoren, voornamelijk in Afrika, zijn kwetsbaar.

Beoordeling: Voldoende = 3
Verwachting voor positieve verandering: waarschijnlijk = ↑

## 3.8 Corruptiebestrijding in de interne organisatie

De *Office of Compliance, Risk Management and Ethics* is op 1 oktober 2013 opgericht als onderdeel van de hervormingen. Daaronder valt ook de harmonisering van het risico management proces. De WHO kent een *Research Ethics Review Committee* die voldoet aan de internationale standaarden.
De WHO beschikt over goed uitgewerkt beleid en richtlijnen op het gebied van corruptiebestrijding. Zo is er beleid betreffende fraude, beleid voor de bescherming van klokkenluiders en een verantwoordingskader. Het beleid over klokkenluiders wordt momenteel herzien evenals beleid ontworpen ter bescherming tegen seksuele exploitatie en misbruik.

Het externe audit rapport over 2013 gaf aan dat de capaciteit op regionale- en landenkantoren in de uitvoering en monitoren van risicobeoordeling moet worden versterkt. Daarbij moet zorg gedragen worden dat partners op tijd hun rapportages aanleveren aan de regionale- en landenkantoren.
Dit jaar is een intern controleraamwerk uitgewerkt dat de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheid weergeeft alsmede de gerelateerde monitoring en rapportageverplichtingen.
Incidentele gevallen van corruptie en integriteitsschending en de genomen maatregelen zijn opgenomen in de rapportage van de interne en externe accountant die aan de lidstaten wordt toegezonden en besproken tijdens de WHA. Hierbij geeft de WHO tevens aan hoeveel geld er mee gemoeid is. Deze documentatie is openbaar.

Beoordeling: Voldoende = 3
Verwachting voor positieve verandering: neutraal = ➔

# 4 Beleidsrelevantie en resultaten van de organisatie

## 4.1 Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten

1. Voedselzekerheid
Relevant. De WHO werkt wel samen met de FAO (Codex Alimentarius) aan standaarden en richtlijnen voor eerlijke handel in voedsel en aan voedselstandaarden om de voedselkwaliteit te vergroten.

2. Water
Beperkt relevant. De WHO werkt samen met UNICEF op het gebied van water en sanitatie (*Joint Monitoring Programme*) en is ook betrokken bij het *Global Annual Assessment of Sanitation and Drinking-Water initiative* (GLAAS). De WHO is minder relevant met betrekking tot waterbeheer.

3. Veiligheid en rechtsorde
Niet relevant. In crisisgebieden versterkt de WHO de landenkantoren en er worden extra financiële middelen en personeel ter beschikking gesteld voor gezondheid gerelateerde noodhulp om stabiliteit in dergelijke gebieden te verstevigen. De WHO draagt echter niet direct bij aan veiligheid en rechtsorde.

4. Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten (SRGR), inclusief hiv/aids
Relevant. De WHO heeft sinds 2004 een mondiale strategie voor seksuele en reproductieve gezondheid. De WHO is van groot belang voor het ontwikkelen van normen, standaarden en protocollen voor SRGR. Een voorbeeld hiervan is de door de WHA aangenomen technische en beleidsrichtlijnen voor veilige abortus, en pre-kwalificatie van het vrouwencondoom. Binnenkort verschijnt de *Global Strategy for Women's, Children's, and Adolescents' Health*, waarin veel aandacht zal worden besteed aan toegang tot SRGR. WHO heeft de afgelopen jaren veel werk verzet op het gebied van gezondheid en adolescentie, waarbinnen SRGR een belangrijk element is. Ook biedt de WHO onderdak aan verschillende SRGR onderzoeksprogramma's waaronder *Human Reproduction Programme* en *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* die beide ondersteund worden vanuit het Nederlandse partnerschapprogramma. *Human Reproduction Programme* is in 2013 zeer positief beoordeeld door een externe evaluator (zie: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85331/1/WHO_RHR_HRP_13.07_eng.pdf?ua=1).

5. Gendergelijkheid
Relevant. Gender is zowel in het kader van het speerpunt SRGR als in het bredere kader van vrouwenrechten en empowerment van vrouwen en meisjes relevant voor de WHO. Het houdt direct verband met het mandaat van de WHO zoals vastgelegd in artikel 1 van de constitutie. Meer specifiek speelt de WHO een rol in de preventie en aanpak van de gezondheidsaspecten van seksueel en huiselijk geweld tegen vrouwen. Dit geldt ook voor traditionele praktijken die schadelijk zijn voor de gezondheid van vrouwen, zoals vrouwenbesnijdenis en kindhuwelijken. Op institutioneel vlak streeft de WHO naar het integreren van gender, gelijkheid en mensenrechten in al haar activiteiten.

6. Klimaat
Niet relevant. Klimaatverandering heeft mogelijk effecten op de gezondheid van de mens, bijvoorbeeld door veranderingen in de geografische omvang en seizoengebondenheid van bepaalde besmettelijke ziekten, verstoring van voedselproducerende ecosystemen, en de toename van de frequentie van extreme weersomstandigheden wat weer kan leiden tot ziekte uitbraken.

7. Private Sector Development (inclusief Internationaal Maatschappelijk Verantwoord Ondernemen)
Niet relevant. Gevoelig thema binnen de WHO vanwege het *conflict of interest* principe wat de WHO grote reputatieschade kan berokkenen maar vanuit de toenemende nadruk op partnerschappen komt het in de *Non State Actors* discussie naar boven.

8. Humanitaire hulp
Beperkt relevant. Naast de lopende coördinerende rol van de WHO op het gebied van gezondheid in het humanitaire clustersysteem, heeft de Ebola uitbraak in West Afrika de rol van de WHO in gezondheidscrises weer relevant gemaakt. Op basis van de Ebola Resolutie van januari 2015 zullen tijdens de WHA in mei 2015 verdere beslissingen genomen worden om de WHO te equiperen als beleidsadviserende, coördinerende en eventueel als operationele organisatie in gezondheidscrises.

## 4.2 Extra relevantie

Voor het Nederlandse volksgezondheidsbeleid is de WHO zeer relevant, zeker waar het gaat om grensoverschrijdende problemen zoals infectieziektebestrijding en tabaksontmoediging. De regelgeving vanuit de WHO op beide gebieden – de International Health Regulations (IHR) en de Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) – heeft Nederland expliciet onderschreven door deze te ratificeren en vervolgens uit te voeren. Daarnaast zijn ook het normstellende werk van de WHO en de niet-juridisch bindende beleidsdocumenten van de WHO (actieplannen, strategieën) voor Nederland van belang.
Via het Nederlands partnerschap programma met de WHO wordt op een aantal terreinen (preventie, geneesmiddelenbeleid en gezondheidsonderzoek) samengewerkt met Nederlandse kennisinstellingen (onder andere RIVM, NIVEL, TNO, KIT). Langs deze weg is Nederlandse kennis van grote waarde voor het normerende werk van de WHO. Een aantal Nederlandse onderzoeksinstituten en universiteiten zijn aangemerkt als WHO-samenwerkende centra.
De organisatie heeft relevantie voor prioritaire thema's van het Nederlands volksgezondheidsbeleid, zoals Antimicrobiële Resistentie (AMR).

# 5 Conclusie

## 5.1 Institutionele aspecten en functioneren

De WHO is de belangrijkste VN-organisatie op het gebied van gezondheid. De organisatie kende de afgelopen jaren aanzienlijke financiële en bestuurlijke problemen die bij de Ebola uitbraak weer duidelijk zichtbaar werden. Dit heeft ook het ingezette grootschalige hervormingsproces weer op weg geholpen. Op het gebied van strategie, resultaatgericht werken, personeelsbeleid, evaluatie en financieel beheer laat de organisatie vooruitgang zien. Belangrijkste aandachtspunten blijven programmatische en financiële prioriteitenstelling, bereidheid van donoren tot duurzame financiering van de gestelde prioriteiten, implementatie van de nieuwe financieringsstructuur, noodzaak tot herzien cost recovery beleid en realiseren van effectief bestuur.

| | | Score | Verw. |
|---|---|---|---|
| **3 Institutionele aspecten en functioneren** | | | |
| | Strategie en focus | 4 | |
| | Resultaatsturing | 2 | ↑ |
| | Partnerschappen | 3 | → |
| | Effectiviteit bestuurs- en beheersorganen | 2 | ↑ |
| | Beleidsevaluatie | 2 | ↑ |
| | Personeelsbeleid | 3 | ↑ |
| | Financieel beheer | 3 | ↑ |
| | Corruptiebestrijding in de interne organisatie | 3 | → |

## 5.2 Beleidsrelevantie

De normerende en gezondheidsmonitoring functies van de WHO zijn belangrijk en relevant, ook voor het gezondheidsbeleid in het Koninkrijk. Met 147 landenkantoren is de WHO geografisch goed vertegenwoordigd. De WHO speelt een belangrijke rol in het bevorderen van de millenniumdoelen en een groeiende rol op humanitair gebied. Qua relevantie voor het Nederlandse BHOS-beleid is de WHO voor seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en gendergelijkheid en vrouwenrechten van belang.

| | | Score |
|---|---|---|
| **4.1 Relevantie voor Nederlandse BHOS-prioriteiten** | | |
| | Voedselzekerheid | + |
| | Water | 0 |
| | Veiligheid en rechtsorde | - |
| | SRGR, inclusief hiv/aids | + |
| | Gendergelijkheid | + |
| | Klimaat | - |
| | *Private Sector Development* (inclusief IMVO) | - |
| | Humanitaire hulp | 0 |